

名古屋市における
在宅医療・介護連携ガイドライン

平成27年3月

目 次

第 1 章	ガイドライン作成の趣旨と位置づけ	1
第 2 章	連携のための基本事項	3
第 3 章	在宅療養時の連携	5
第 4 章	入院時の連携（在宅から病院へ）	14
第 5 章	退院時の連携（病院から在宅へ）	18
第 6 章	知っておくと役立つ関連用語	22
第 7 章	医療・介護の連携に係る主な法令等	31

名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドラインは、平成27年3月15日現在の状況に基づき作成しています。その後の制度改正等により、介護報酬、診療報酬等の内容に変更が生じている場合がありますので、最新の法令等も確認の上、業務にあたっていただくようお願いいたします。

第 1 章

名古屋市における在宅医療・介護連携

ガイドライン作成の趣旨と位置づけ

これからの地域包括ケアシステムを構築し推進するには、医療と介護の関係者は、それぞれの枠を超えた連携が欠かせません。これまでも利用者（患者）が入院した時や病院から退院する際の連携は、在宅医や訪問看護師、ケアマネジャーなど在宅介護の関係者とそれぞれの病院で行われています。しかしながら、各病院の窓口や担当者、業務内容が明確でなかったり、情報提供や共有する書式が無かったり、退院に当たって十分な連携ができていないなど、多くの課題があります。

また、在宅療養時には訪問診療や訪問看護など医療サービスとケアマネジャーや介護サービス事業所などの介護サービスと連携が求められています。さらに在宅での看取りにおいては、より一層スムーズな連携が求められます。

これらのことを改善するために、医療と介護との連携のポイントをまとめガイドラインとしました。これまで経験的に行われていたり、特定の人しか分からなかったりしたことを整理し、医療と介護の関係者が相互に理解ができるように必要なことを“可視化”しました。

普段使用している関連機関や職種、病院の関連部署、関連する書類等についても主だったものを掲載しました。内容も、より良い連携が実現できるように具体的に分かりやすい項目で構成しました。このガイドラインを確認することで、特に新任のケアマネジャーや病院の担当者が日常の業務に生かしていただけると思います。

既に医療と介護の連携に先駆的に取り組んでいる医療機関や地域がありますが、名古屋市全体の取り組みとして理解していただき、これからのより充実した連携の参考になれば幸いです。

第 2 章

連携のための基本事項

名古屋市における在宅医療・介護連携 3 箇条

【(1) 利用者（患者）のための連携であることを心がけましょう。】

医療や介護サービスを受ける主体は誰であるかを常に考えることが必要です。

「忙しい」「大変」「わからない」などを理由に関係機関に丸投げすることなく、相互に協力し合える関係を作ることが重要です。利用者（患者）本位の連携には、医療や介護の専門職がまず個々の役割を認識し、役割を果たした上で、関係機関と協同する姿勢が重要です。

スムーズな連携には「利用者（患者）はどうしたいと言っているのか」「課題の解決のために自分は何ができて、何ができないのか」「課題の解決のためにどのような支援が必要か」「関係機関には何を求めるのか」等を明らかにすることも大切です。

【(2) 主体的かつ積極的に連携をはかりましょう。】

ケアマネジャーは、利用者（患者）の在宅生活を支えるために、医療と介護の関係者同士を繋ぐ連携の調整役です。関係者同士の連携を密にしておくことはよりよいケアマネジメントを行うための必須事項であり、特に主治医との連携は必要かつ不可欠です。

また、利用者（患者）が入院した場合、ケアマネジャーの通常業務は一時的に休止となりますが、多くの患者は治療が終了すれば、自宅へ退院することになります。ケアマネジャーは、退院後の支援に備え、入院中の状況を出来る限り把握しておくことが重要です。ケアマネジャーは、家族や病院からの退院の連絡を待つだけではなく、利用者（患者）が入院した時点から退院に備えた情報収集と退院に向けた準備を積極的に行う姿勢が大切です。

連携の中心となる職種は利用者（患者）の置かれている状況などで変わります。それぞれの職種が利用者（患者）の置かれている状況などに応じて連携の中心となり、主体的かつ積極的に調整していく姿勢が重要です。

【(3) 利用者（患者）の個人情報の取り扱いには気をつけましょう。】

医療機関には患者の病気と治療に関する情報があり、介護サービス事業所には利用者（患者）の生活に関する情報があります。

病状や予後などの医療情報や生活に関するプライベートな情報は、非常にデリケートな情報であることを十分に理解した上で、細心の注意を払って取り扱うことが必要です。そのため、個人情報は情報を提供する時だけでなく取得する必要がある場合にも、あらかじめ利用者（患者）及び家族等に同意を得るようにしましょう。取得した個人情報はそれぞれの機関で責任を持って管理することが必要です。

第 3 章

在宅療養時の連携

(1) 在宅療養時の連携ポイント

主治医のポイント

【窓口の明確化】

- ① ケアマネジャーや介護サービス事業者など関係者から問い合わせなどの連絡が取れる担当者を決めるなど、窓口を明確にしましょう。

【ケアマネジメントへの協力】

- ① サービス担当者会議への出席要請があった際は、可能な限り出席しましょう。
- ② サービス担当者会議への出席が困難な場合、必要な情報を情報連絡票や診療情報提供書などの文書や在宅医療・介護情報共有システム（ICT）を活用して情報提供しましょう。
- ③ サービス担当者会議へ出席できない場合の意見照会に対する回答を診療報酬（診療情報提供料）として取り扱う場合は、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」の様式又はこれに準じた様式の文書により情報提供を行いましょう。
- ④ 診療情報の提供や意見照会に対する回答を行う際、保険診療の自己負担や文書料などの費用負担が発生する場合は、利用者（患者）又はその家族に同意を得るようにしましょう。
- ⑤ 医療依存度の高い利用者（患者）、独居高齢者（昼間独居など一時的な独居状態も含む）や認知症の利用者（患者）など療養上注意を必要とする場合は、緊急時や急変時の連絡体制や対応をあらかじめ在宅医や訪問看護師、ケアマネジャー等と協議しましょう。

【利用者（患者）の入院時の対応】

- ① 利用者（患者）が入院する場合又は入院した場合は、速やかに診療情報提供書を入院先の医療機関へ送付しましょう。

※ 診療情報提供書には診療情報に加え、利用者（患者）を担当する居宅介護支援事業所の名称、及び訪問看護を利用している場合は訪問看護事業所の名称を記載しましょう。

ケアマネジャーのポイント

【主治医との関係構築】

- ① 新たに利用者（患者）を担当することになった場合、担当することを主治医へ知らせましょう。
- ② 訪問看護等の医療系サービスを利用していない利用者（患者）や医療依存度の低い利用者（患者）であっても連絡を取るようにしましょう。

【手 段】

- 1 面会することが望ましいです。
 - 2 面会することが困難な場合は主治医連絡票等を送付しましょう。
- ※ 介護支援専門員証等の身分証明を携帯の上、医療機関へ直接持参することが望ましいです。
- ※ ファックスで送付する際は、送付後に送付先へ電話等で届いているかどうか確認しましょう。

【主治医への相談、情報の照会】

- ① 電話での相談や情報照会は出来るだけ避けるようにしましょう。

【手 段】

- 1 主治医と面会することが望ましいです。
 - 2 面会することが困難な場合は主治医連絡票等を送付しましょう。
- ※ 介護支援専門員証等の身分証明を携帯の上、医療機関へ直接持参することが望ましいです。
- ※ ファックスで送付する際は、送付後に送付先へ電話等で届いているかどうかを確認しましょう。
- 3 在宅医療・介護情報共有システム（ICT）の活用

【サービス担当者会議】

- ① 医療依存度の高い利用者（患者）については、主治医の予定を優先して開催しましょう。
- ② 開催する際は、医療系サービスを利用する予定がない又は利用していない利用者（患者）であっても主治医へ開催の案内をしましょう。
- ③ 主治医へ案内をする際は、主治医の所属する医療機関の診療時間をあらかじめ確認するなど、調整を行った上で案内しましょう。
- ④ 開催後は、議事録等を作成し関係者間で議事内容を共有することが望ましいでしょう。

【訪問診療・往診の導入】

- ① 利用者（患者）に訪問診療・往診（以下「在宅医療」）が必要と考えたら、原則として利用者（患者）又は家族から主治医に相談してもらいましょう。
ただし、利用者（患者）又は家族が相談できない場合は、利用者（患者）又は家族の代わりに訪問看護師、ケアマネジャー等が相談しましょう。
- ② 主治医が在宅医療を行っていない場合に、在宅医療の対応可能な医師を探す方法としては以下の方法が考えられます。

- ・ 主治医から対応できる医師を紹介してもらう。
- ・ 地区医師会へ相談する。
- ・ 訪問看護等、医療系サービスを利用している場合は利用する医療系サービス事業所に相談する。
- ・ 「あいち在宅医療ネット」(<http://www.aichi.med.or.jp/zaitaku-net/>)などのウェブサイトを参考にする。

- ③ ケアマネジャーが利用者（患者）に在宅医療を提供する医師（以下「在宅医」）を紹介する場合は、紹介する前に主治医に該当する在宅医を紹介することを連絡した上で紹介先の在宅医宛ての診療情報提供書を作成してもらいましょう。

【歯科医療機関との連携】

- ① 利用者（患者）に訪問歯科診療が必要と考えたら、原則として利用者（患者）又は家族から、かかりつけの歯科医に相談してもらいましょう。
ただし、利用者（患者）又は家族が相談できない場合は、利用者（患者）又は家族の代わりに訪問看護師、ケアマネジャー等が相談しましょう。
- ② かかりつけの歯科医が訪問歯科診療を行っていない場合に、訪問歯科診療の対応可能な歯科医師を探す方法としては以下の方法が考えられます。

- ・ かかりつけの歯科医から対応できる歯科医を紹介してもらう。
- ・ 地区歯科医師会へ相談する。
- ・ 保健所へ相談する。（在宅ねたきり者訪問歯科審査を利用する。）

【薬局との連携】

- ① 薬剤師による居宅療養管理指導（在宅訪問薬剤指導）は処方医の指示により行われることに留意しましょう。

- ② 薬剤師による居宅療養管理指導（在宅訪問薬剤指導）が必要と考えた場合は、処方医及びかかりつけ薬局の薬剤師に相談しましょう。（利用者等の意向、居宅療養管理指導（在宅訪問薬剤指導）が必要と考えた理由など）
- ③ かかりつけの薬局が居宅療養管理指導（在宅訪問薬剤指導）を行っていない場合に、対応可能な薬局を探す方法としては以下の方法が考えられます。

- ・ 愛知県薬剤師会ホームページ（<http://www.apha.jp>）の「在宅医療受入薬局リスト」を参考にする。

【訪問看護事業者との連携】

- ① 訪問看護は主治医の指示により行われることに留意しましょう。
- ② 訪問看護が必要と考えた場合は、主治医に相談しましょう。（利用者（患者）の意向、訪問看護を必要と考えた理由、どこの事業所に依頼するかなど）
- ③ サービス担当者会議などによりサービス導入前に処置など看護の内容やリハビリテーションの内容、注意事項、緊急時の対応などについて関係職種間で情報共有を行いましょう。サービス担当者会議の開催が困難な場合は、訪問看護師等が主治医に内容の確認及び打ち合わせが出来るよう調整しましょう。
その際、訪問看護師が事前に打ち合わせた内容はケアマネジャーに情報提供することが大切です。
- ④ 主治医への訪問看護指示書の作成依頼は、訪問看護師等から依頼してもらうようにしましょう。
- ⑤ 利用者（患者）の状態によりサービス導入後にケアプランの修正が必要な場合がありますので、主治医との連携が特に重要です。

【訪問・通所リハビリテーション事業者との連携】

- ① リハビリテーションは医療保険や介護保険など制度を問わず、リハビリテーションを行う療法士の所属する医療機関又は事業所の医師の指示に基づいて行われることに留意しましょう。
- ② リハビリテーションが必要と考えた場合は、主治医に相談しましょう。（利用者（患者）の意向、リハビリテーションが必要と考えた理由、どこの事業所に依頼するかなど）
- ③ 医療機関又は事業所によっては診療情報提供書が必要となる場合がありますので、利用者（患者）へそれに係る費用の発生などについてあらかじめ説明しておきましょう。

- ④ 医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションは併用できません。
そのため、介護保険のリハビリテーションを計画する際には、医療保険における疾患別リハビリテーションを受けていないかどうかを確認しましょう。
- ⑤ 医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの移行を計画する場合には、主治医だけでなく、疾患別リハビリテーションを提供する医療機関の合意を得るようにしましょう。

【緊急連絡網の整備】

- ① 利用者（患者）の身体状況や病状に変化があった際や緊急時の緊急連絡網をあらかじめ整備しましょう。
主治医だけでなく利用者（患者）が利用するサービス事業所の連絡先も併せて把握し、緊急時には直接主治医や他のサービス事業所が連絡を取り合うことの可否についてあらかじめ確認しましょう。

【よりよい連携のために】

- ① 担当する利用者（患者）の要介護認定・要支援認定の更新認定の際には有効期限の切れる2ヶ月～1ヶ月以上前に、主治医へ主治医意見書の作成に際して参考になる情報を必要に応じて提供しましょう。
 - ② 「介護保険主治医意見書用問診票」を必要に応じて利用者（患者）の受診時に持参してもらうかケアマネジャーが主治医へ送付しましょう。
 - ③ 初回認定時、更新認定時、区分変更時に作成した居宅サービス計画（ケアプラン）は原則主治医へ提供しましょう。
 - ④ 個人情報の取り扱いに注意し、情報共有しましょう。
 - ⑤ 地域での支援チームを編成する際には、フォーマルな医療や介護の関係者だけでなく、いきいき支援センターとも連携を図りながら、地域住民等インフォーマルな関係者との連携も考慮しましょう。
 - ⑥ 利用者（患者）について主治医へ意見照会を行う場合又は診療情報の提供を求める場合は、あらかじめ本人又はその家族の同意を得るようにしましょう。
- ※ 費用が発生することがあることもあらかじめ説明しましょう。

サービス事業者のポイント

【緊急連絡網の整備】

- ① 利用者（患者）の身体状況や病状に変化があった際や緊急時の緊急連絡網をあらかじめ整備しましょう。
主治医だけでなく利用者（患者）が利用するサービス事業所の連絡先も併せて把握し、緊急時には直接主治医や他のサービス事業所と連絡を取り合うことの可否についてあらかじめ確認しましょう。

【サービス担当者会議】

- ① サービス担当者会議への出席要請があった際は、可能な限り出席しましょう。

【主治医との連携及びサービス事業者間の連携】

- ① 緊急時以外の主治医や他のサービス事業所への相談事項に関しては、原則としてケアマネジャーを通じて連絡を取りましょう。
ケアマネジャーを介さずに主治医や他のサービス事業所へ連絡を取った場合は、その内容をケアマネジャーへ情報提供しましょう。

【情報の収集】

- ① 既往の疾患等の把握に努め、サービスの提供中に想定されるリスクを十分に考慮した上でサービスを提供しましょう。
特に、利用者（患者）の身体に係るサービスを提供する事業者は、サービス中止の基準や禁忌事項等の把握に努めましょう。
- ② 診察の付き添いをする場合は、利用者（患者）が自分の状態を正確に医師に伝えられない場合があるため、自宅での様子やサービス利用中の様子などを出来る限り主治医に伝えられるようあらかじめ情報収集しましょう。

(2) 看取りにおける連携

終末期におけるサポートや看取りに関しては特に医療と介護の連携が重要とされる場面の一つです。終末期における利用者（患者）の希望やご家族の希望を叶え、不安に応えるサポートがどれだけできるのかが我々支援者の重要な役割になると考えられます。

ただ、名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドラインにおいては、よりよい看取りの連携のための議論が不十分であり、今後の検討課題として捉えております。現状、お示しできるものとして、下記の参考資料を提示します。

平成19年5月に厚生労働省が作成した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」1)を参考に看取りにおける連携体制を構築しましょう。

—終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン—

1 終末期医療及びケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種 of 医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
- ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。
上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。
- ③ このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

(2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

(3) 複数の専門家からなる委員会の設置

上記(1)及び(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

- ・ 医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合
- ・ 患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
- ・ 家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

第 4 章

入院時の連携（在宅から病院へ）

(1) 利用者（患者）が入院した場合 ～入院直後～

利用者（患者）が入院した場合、特にその利用者（患者）にとって入院した病院が初めての場合には、病院は入院前の生活状況や家族構成、介護サービス利用状況などの様々な情報が、利用者（患者）の診療や退院支援の参考になります。退院時のスムーズな連携は入院時の連携から始まります。積極的かつ適切に対応していきましょう。

ケアマネジャーのポイント

- ① 利用者（患者）が入院した場合、可能であれば家族等から病名、入院している診療科、病棟、入院日を確認しましょう。これらの情報を把握しておくことで病院に問い合わせたときにスムーズな対応が期待できます。
 - ② 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」を提出する対象は原則すべての入院患者です。「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」を入院後できるだけ速やかに病院に提供することで、治療等の参考にすることができます。「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」は、利用者（患者）が入院してから7日以内を目安に病院へ提供しましょう。また、入院直後に病院から求めがあった場合など、状況に応じて提供するように努めましょう。
 - ③ 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」は名古屋市医師会ホームページや在宅医療・介護情報共有システム（ICT）から出力可能とする予定です。
 - ④ 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」の項目は必要最低限です。利用者（患者）やケースの状況に応じて不足部分は、「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」に補足し、病院訪問、電話連絡などで情報提供しましょう。
 - ⑤ ケアマネジメントを行う上で利用者（患者）の病状や状況、ケースの内容に応じて必要な情報は異なります。情報共有の基本は面談であり、「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」は情報共有の補助ツールです。適宜、必要に応じて情報収集するように努めましょう。
 - ⑥ 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」は文書での提供を前提とするものです。そのため、「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」を記載するにあたっては、本人や家族に開示が難しい情報は会話による伝達を行うなど配慮が必要です。
- ※ 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」は名古屋市における在宅医療・介護連携のための参考様式として、他に独自の様式を妨げるものではありませんが、入院先医療機関での文書取扱い処理が円滑に行えるよう、タイトルに「在宅医療・介護連携サマリー」と入れてください。
- ※ 入院時情報連携加算の算定の有無に関わらず、利用者（患者）の利益を考えて情報提供することが望ましいでしょう。

※ 情報提供を行うことや、医療機関に情報提供を求めることを利用者（患者）から了解を得ている旨を申し添えましょう。

病院のポイント

- ① 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」の提出先となる窓口や希望する提供方法を明確にしておくといでしょう。
- ② ケアマネジャーから提供された情報はカルテへ一元管理できるように院内で調整し、担当医師や病棟スタッフ等院内で共有されるようにしましょう。
- ③ 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」の提出が無くても、介護保険サービスの利用について把握した場合、患者・家族に担当ケアマネジャーの確認を行い、情報提供を求めましょう。
- ④ 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」の項目は必要最低限です。利用者（患者）やケースの状況に応じて、不足している情報は電話連絡などで補いましょう。

（２）利用者（患者）が入院した場合 ～入院中～

利用者（患者）が入院した場合、病状はどうか、経過はどうか状況を知りたいケアマネジャーもいるでしょう。また利用していた在宅サービスによっては退院時の調整に時間を要する場合もあり、入院中の情報を求めたい場合があります。

ところが、病院は個人情報保護を順守するため、連携に必要な情報提供に慎重となり、要領よく情報が把握できなかったり、問い合わせ先も病院ごとに違ったりと情報収集に苦慮するという意見があります。しかし情報収集は行わなければなりませんので、下記のポイントに気をつけて情報収集をしましょう。

ケアマネジャーのポイント

- ① 入院中の利用者（患者）の情報を病院から情報収集する場合は、その病院の窓口を確認しましょう。窓口が設けられている場合にはその窓口、「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」を提出している旨を伝え問い合わせましょう。
- ② 面会の約束をせずに直接病棟へ出向き医療スタッフから情報収集することは控えましょう。
- ③ どのような目的で入院中の利用者（患者）のどのような情報を聞きたいのかを明確にしましょう。ただ情報が欲しいだけでは病院は情報提供がしづらいことがあります。

- ④ 病院から情報収集をする場合は、担当者に担当ケアマネジャーであることを証し、利用者（患者）から情報提供を受けることについて了解を得ていることを説明しましょう。
 - ⑤ 利用者（患者）の入退院の情報を把握するのはケアマネジャーの務めです。ケアマネジャーは病院からの情報を待つだけではなく、利用者（患者）の入院中の情報は自らすすんで情報収集するようにしましょう。
- ※ 病院は、電話等での問い合わせ等相手が特定できない場合、個人情報を提供することができません。
- ※ 病院では全ての利用者（患者）に医療ソーシャルワーカーや看護師等退院支援担当者がついているとは限りません。

病院のポイント

- ① ケアマネジャーからの問い合わせの窓口やその方法を明確にしておくといでしょう。
- ② 退院支援部門が関わっている利用者（患者）やケアマネジャーから情報提供があった利用者（患者）は、ケアマネジャーに情報提供を行い連携の促進に努めましょう。

(3) ケアマネジャーが算定できる介護報酬(入院時)

【入院時情報連携加算Ⅰ・Ⅱ】

- ① 入院するにあたって、当該病院・診療所の職員に利用者（患者）の心身の状況や生活環境等の情報を提供した場合、算定できます。
- ② 入院時情報連携加算Ⅰ⇒200単位/回
入院時情報連携加算Ⅱ⇒100単位/回
- ③ ⅠとⅡの違い
 - ・ 当該病院や診療所へ出向いて、当該病院・診療所の職員と面談し、必要な情報を提供した場合に「Ⅰ」の所定単位数を算定できます。
 - ・ 上記以外の方法（FAX等）により必要な情報を提供した場合には「Ⅱ」の所定単位数を算定できます。
- ④ 以下の内容を居宅サービス計画等に記録が必要です。
 - ・ 情報提供を行った日時
 - ・ 場所（病院、診療所へ出向いた場合）
 - ・ 情報提供した内容
 - ・ 情報提供手段（面談、FAX等）

第 5 章

退院時の連携について（病院から在宅へ）

(1) 退院前カンファレンスについて

退院前カンファレンスは、退院後の療養生活の課題等について関係者で情報共有を行い、支援内容や方法を確認するために行います。また病気により不安を抱えた利用者（患者）が退院する前に医療や介護の関係者が顔を合わせ、お互いに問題点を共有する場面を直接見てもらうことで、退院時に安心感を持ってもらうことができます。

ケアマネジャーのポイント

- ① 退院前カンファレンスはその必要性を病院が判断し、病院主導で進めていくものです。サービス担当者会議とは異なりますので注意しましょう。
- ② 病院が退院前カンファレンスを開催するときには、必ず担当ケアマネジャーが呼ばれるので参加するようにしましょう。
- ③ 退院前カンファレンスの前に事前に確認したい点や質問事項など要点を整理しておくとういでしょう。可能であれば質問事項は事前に病院に伝えておくことが望ましいでしょう。
- ④ 利用者（患者）の退院に備え、入院中から情報収集に努めましょう。
- ⑤ 診療所や病院の医師、看護師は通常の診療・看護業務を中断して退院前カンファレンスに参加しますので、必要以上に拘束しないよう配慮が必要です。退院前カンファレンスは、概ね30分を目安に実施されることが多いです。
- ⑥ ケアマネジャーが退院前カンファレンスを希望する場合、病院の医療ソーシャルワーカーや看護師等とよく相談しましょう。
- ⑦ 退院前カンファレンス前に、病院の医療ソーシャルワーカーや看護師等を通して十分に病状や今後予測されるリスクを把握した上で、退院後に開始・再開を想定するサービス事業者に対し、想定されるケア内容等の情報収集を実施し、入浴や機能訓練、リハビリテーション等の中止基準や禁忌事項について、主治医より聴取しておきましょう。

■退院前カンファレンスの開催基準の目安

- ① 新規で在宅ケアチームを編成する場合
- ② 既存の在宅ケアチームは編成されているが入院治療により医療依存度が重度化したり、ADLが変化したりした場合
- ③ 独居・老夫婦・認知症世帯など当事者から適切な情報収集が困難な場合
- ④ 退院前カンファレンスを行わずに退院した場合、医療・看護・介護の継続性に問題がある など

病院のポイント

- ① 事前にケアマネジャー等から問い合わせ事項があった場合は、院内スタッフ等に確認して回答を準備しておきましょう。
- ② 退院前カンファレンスの参加者の人数に応じ、病棟のカンファレンスルームや面談室等の場所を用意しましょう。スタッフステーション内で行う場合にはスクリーン等を用い個人情報に配慮する必要があります。
- ③ 入院期間や退院日など病棟管理上の問題がある場合には、退院前カンファレンスに病棟師長など病棟責任者に参加してもらいましょう。
- ④ 退院前カンファレンスの参加者を本人又は家族へ事前に伝えながら、気軽に発言できるよう配慮をしましょう。
- ⑤ 病院は介護支援連携指導料を入院中2回算定することができますので、この機会を利用してケアマネジャーと積極的に連携をとりましょう。(ただし、医師対三者加算との同時算定はできません)

(2) ケアマネジャーが算定できる介護報酬(退院時)

【退院・退所加算】

- ① 退院、退所時に病院、診療所等の職員と面談を行い利用者（患者）に関する必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定できます。
- ② 退院・退所加算⇒300単位/回
 - ※ 初回加算を算定する場合は算定しません。
 - ※ 3回まで算定できますが、そのうち一回は入院中の担当医等とのカンファレンスへの参加が必要です。

(3) 病院が算定できる診療報酬

【介護支援連携指導料】

- ① 入院中の利用者（患者）に対して、利用者（患者）の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師・医療ソーシャルワーカー等がケアマネジャーと共同して、利用者（患者）の心身の状態を踏まえ導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について、説明および指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定できます。

行った説明や指導の内容等について、要点を診療録に記載し、本人又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付します。また、説明や指導の内容を踏まえ作成されたケアプランは、利用者（患者）の同意を得た上で、ケアマネジャーに情報提供を求め、ケアプランの写しを診療録に添付します。

- 介護支援連携指導料⇒300点/回

【退院時共同指導料2】

- 入院中の利用者（患者）に対して、利用者（患者）の同意を得て、在宅療養を担う医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師が入院している医療機関に赴き、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の医療機関の医師、看護師と協同して行った場合に算定できます。
- 退院時共同指導料2⇒300点/回
- ※ 医師対三者加算： 入院中の医療機関の医師と在宅療養を担う医療機関の医師もしくは看護師、歯科医師もしくは歯科衛生士、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等またはケアマネジャーのいずれか三者以上と共同して指導を行った場合は2,000点加算となります。

第 6 章

知っておくと役立つ関連用語

(1) 関連機関と専門職、病院の関連部署

【かかりつけ医】

「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」2)のことです。

【訪問診療】

医師が計画的に訪問し、診療、治療、処方、療養上の相談や指導等を行うことです。

【往診】

突発的な病状変化などがあった場合、通院困難な利用者（患者）の要請を受けて医師が訪問し、診療、治療、処方、療養上の相談や指導等を行うことです。

【在宅ケアチーム】

利用者（患者）とその家族の在宅療養及び在宅介護を支える医療と介護と福祉の専門職で構成するチームです。

【いきいき支援センター】

地域包括支援センターのことであり、「いきいき支援センター」は名古屋市独自の名称です。各区に複数のセンターや分室があり、住所地により担当センターが決まります。地域の高齢者の総合相談や地域のネットワークづくり、介護予防に関する支援などを行っています。その他、要支援になるか要介護認定になるか判断のつかない利用者（患者）の対応や、要介護・要支援の認定申請の代行などを行うほか、認知症総合相談窓口及び高齢者虐待ケースの通報機関でもあります。

【介護支援専門員】

ケアマネジャーのことです。要介護・要支援の認定申請の代行などを行うほか、利用者（患者）が有する能力に応じて自立して生活するための支援やケアプランの作成を行います。

【訪問看護師】

自宅で療養相談や処置、指導をしてくれる看護師のことです。医師の指示が必要となるので、訪問看護の利用には事前に主治医とよく相談することが必要です。退院後に在宅酸素や吸引が必要など在宅での医療が継続するケースだけではなく、癌のターミナルケアや在宅での看取りについても対応や相談することができます。

【医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker : MSW）】

主に病院の医療福祉相談室などで、医師や看護師からの依頼があって本人又は家族の相談にのることが多いです。ケースワーカーや相談員と呼ばれる病院もあります。ほとんどの病院で高齢者の退院援助に関わることは多いですが、それぞれの病院での役割として医療費や癌の相談、社会保障制度の活用や家族の悩み、心理的な援助、児童虐待への対応など幅広い相談に応じています。急性期の病院に必置義務はなく、また介護や支援が必要な高齢者の入院ごとに担当医療ソーシャルワーカーが決まる仕組みにはなっていません。

【退院調整看護師】

退院支援を専門に行う看護師のことです。病院によって配置されているところがあります。主に利用者（患者）が在宅へ退院する際に、特に医療依存度が高いケースを中心に病院と在宅とをつなぐ役割があります。在宅で訪問看護師の導入が予定されている場合は、看護師同士の連携がスムーズに行く場合が多いです。

【病診連携室】

急性期病院の中にあって、病＝病院と診＝診療所との連携を行う部署です。医療連携室など病院によって名称が異なります。主に診療所からの外来受診や入院、検査の予約受付などの連携業務や、診療情報提供書等を一元管理しています。居宅サービス計画書や訪問看護指示書等の窓口と管理を行っている病院もあります。

【医事課】

医療機関で、主に健康保険証の確認と診療費の計算と請求を行う部署です。介護との関連では、介護保険主治医意見書の管理や請求も行っていることが多いです。訪問看護指示書等もそうですが、基本的に費用が発生する書類に関してはこの部署が窓口となる場合が多いです。ちなみに、何らかのサービスを利用する等の目的で医師が作成する診療情報提供書の費用は本人への支払いが生じるので、ケアマネジャー等からの作成の依頼に即応じられるものではありません。

【急性期病院】

急性疾患や慢性疾患の急性増悪などで緊急・重症な状態にある利用者（患者）に対して入院・手術・検査など高度で専門的な医療を提供する病院です。大きな病気や怪我をすると多くは「急性期病院」と呼ばれる病院で治療を受けることになります。しかし、この急性期病院は、「命を助ける」ことが大きな目的となっているので生命の危機を脱すると、退院を勧められます。急性期病院は、命の危機に瀕した利用者（患者）を次々と受け入れ、命を救うことを使命としているためです。

【DPC】

入院医療費の定額払い制度で診断群分類包括評価とも言います。病気の種類や手術、処置、合併症の有無等の組合せで病気を分類、1日当たりの医療費が決定する仕組みです。平成26年4月現在、2,309種類に分類されています。診断群分類は在院日数に応じて3段階に分類し、1日当たりの包括点数を設定しています。1回の入院では1つの病名での治療が原則となるので、「せっかく入院したので、ついでにいろいろ診てもらいたい」などのご希望に対応することは困難です。

【回復期リハビリテーション病棟】

多くの利用者（患者）は、急性期医療を過ぎた時期はまだ心身へのダメージが大きく残り、元の生活にすぐ戻ることは困難です。回復期リハビリテーション病棟は、命の危機を脱してもまだ医学的・心理的サポートが必要な時期の利用者（患者）を対象に受け入れ、自然回復を促す環境をつくり、多くの医療専門職がチームを組んで集中的なリハビリテーションを実施し、心身ともに回復した状態で自宅や社会へ戻っていただくことを目的とした病棟です。ここでは、病名と、病気・怪我を発症又は手術してから入院するまでの期間が決められています。

回復期リハビリテーションを要する状態	発症又は手術から転入院に至るまでの期間	算定上限日数
脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態 (高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の発症又は手術後)	2ヶ月以内	150日 (180日)
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	2ヶ月以内	90日以内

外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	2ヶ月以内	90日以内
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	1ヶ月以内	60日以内
股関節又は膝関節の置換術後の状態	1ヶ月以内	90日以内

【地域包括ケア病棟・病床】

高度急性期・急性期医療から在宅療養までを結ぶ要として期待されている病棟です。高度急性期病院等からの利用者（患者）の受け入れ、在宅療養あるいは居住系介護施設等に入所されている高齢者の急性疾患の利用者（患者）の受け入れ、在宅復帰支援の3つの重要な機能を委ねられています。ここでは主に、急性期の治療が終了した利用者（患者）が対象となり、在宅復帰等へ向けて経過観察やリハビリ・在宅復帰支援等が必要な方が対象となります。該当病床での入院期間は最長 60 日以内となります。

【療養病床】

主として長期にわたり療養を必要とする利用者(患者)を入院させるための病床です。療養病床には保険制度上の取扱いから、医療保険適用と介護保険適用のものに分かれています。

【重症度・看護必要度】

入院患者へ提供する看護業務を測る一つの物差しです。平成26年度の診療報酬改定では以下の項目となっており、特に7対1看護配置の病院では基準を超えた患者が常に15%以上入院していることが必要です。

A モニタリングおよび処置等	B 患者の状況等
1 創傷処置（①創傷の処置（褥瘡の処置を除く）、②創傷の処置）	8 寝返り
2 呼吸ケア（喀痰吸引の場合を除く）	9 起き上がり
3 点滴ライン同時3本以上	10 座位保持
4 心電図モニター管理	11 移乗
5 シリンジポンプの管理	12 口腔清潔
6 輸血や血液製剤の管理	13 食事摂取
7 専門的な治療・処置	14 衣服の着脱

※ 一般病棟用のものです

※ A項目の合計が2点以上、かつB項目の合計が3点以上のみ該当します。

(2) 文書関係

【名古屋市在宅医療・介護連携サマリー】

利用者（患者）が入院した時にケアマネジャーから病院に向けて利用者の入院前の生活状況や介護サービスなどの利用状況などをお知らせするツールです。病院は退院を検討するにあたって、本人又は家族に対してどのような支援が必要になるかを検討するための情報になります。

また利用者（患者）が退院時にケアマネジャーが情報収集する項目の目安にもなります。入院前と退院時と比較してケアプラン作成の参考にしましょう。

【診療情報提供書】

保険医療機関が関係機関に情報提供又は紹介することを目的として、診療に基づき利用者（患者）の同意を得て、当該患者に係る診療状況や保健福祉サービスに必要な情報等を示した書類です。

保険医療機関が診療情報提供料を算定するには、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要事項を記載し、利用者（患者）又は紹介先の機関に交付します。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該利用者（患者）に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとされています。

ア イ及びウ以外の場合別紙様式 1 1

イ 市町村又は指定居宅介護支援事業者等別紙様式 1 2 から別紙様式 1 2 の 4

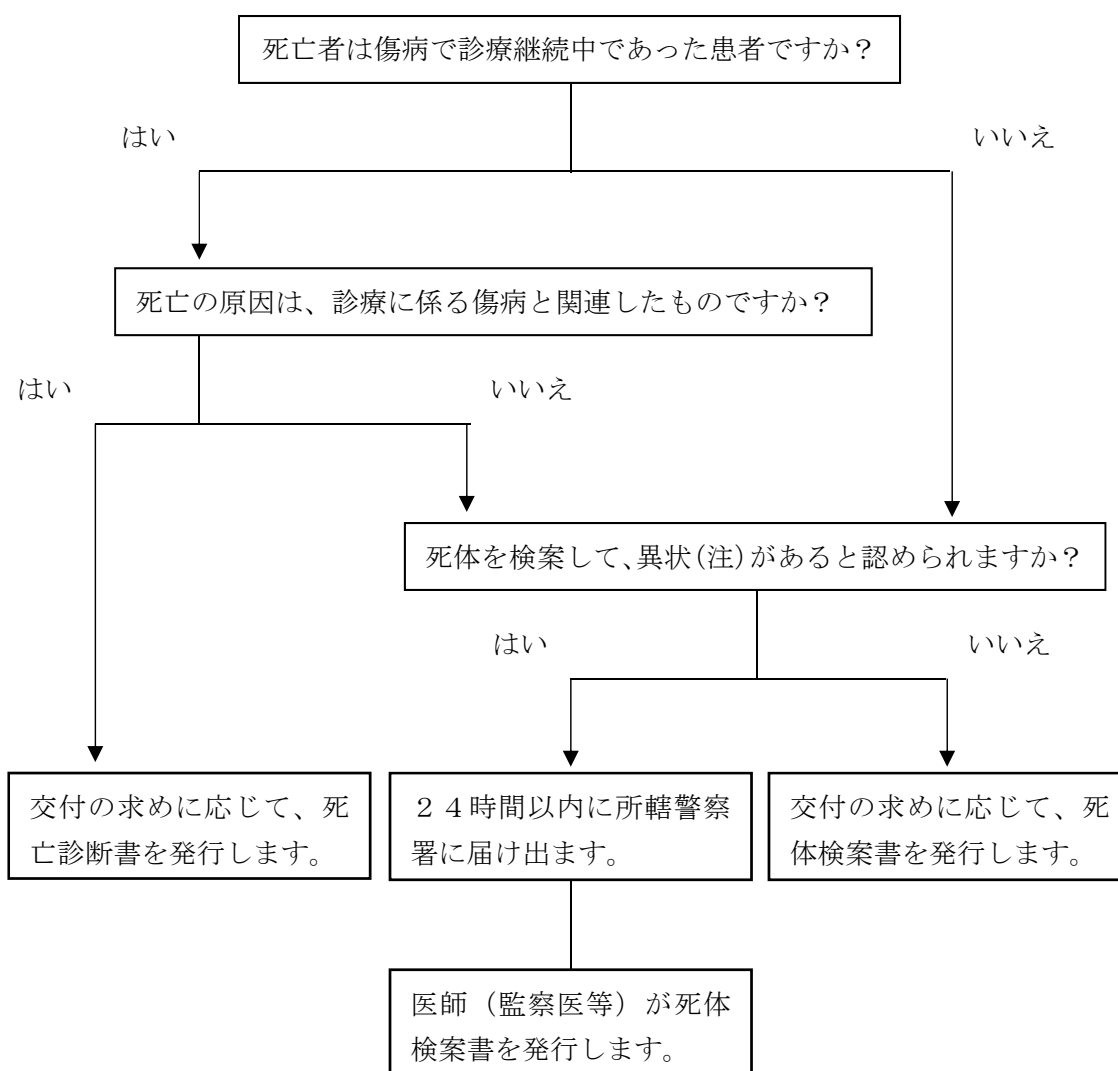
ウ 介護老人保健施設別紙様式 1 3

（診療報酬の算定に当たっては、厚生労働省が発出する省令・告示・通知をご確認ください。）

【死亡診断書（死体検案書）】

死亡診断書（死体検案書）は、人の死亡に関する厳粛な医学的・法律的証明であり、死亡者本人の死亡に至るまでの過程を可能な限り詳細に論理的に表すものです。また、診療継続中の患者以外の者が死亡した場合や診療継続中の患者が診療に係る傷病と関連しない原因により死亡した場合は死亡診断書ではなく死体検案書を交付することになっています。

<死亡診断書と死体検案書の使い分け>³⁾



(注)「異状」とは「病理学的異状」ではなく、「法医学的異状」を指します。「法医学的異状」については、日本法医学会が定めている「異状死ガイドライン」等も参考にしてください。

【看護サマリー】

看護サマリーとは利用者(患者)の入院時、または退院や転院、施設入所をする際に、病院の看護師が作成し、受け入れ先の病院や施設等に提供されるもので、利用者(患者)の基本情報、病名、入院から退院までの経過、ADL状況、投薬内容、看護上や今後の療養上の注意事項などが記載されています。基本は看護師から看護師への医療情報提供となります。医療と介護の連携が必要な利用者にとってはケアの継続性の観点からケアマネジャーにとっても有益な情報となり得る可能性がありますので、可能であれば病院から提供してもらいましょう。ただし、病院によって看護サマリーの提供基準が異なりますので、医療ソーシャルワーカー等に相談してみましょう。

(3) その他

【病院の機能分化】

できる限り住み慣れた地域で、人生の最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができる社会の実現に向けて、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を実現することが求められています。

また、疾病構造の変化を踏まえた、「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への改革の中で、在宅医療・介護の一体的なサービス提供体制の見直しが求められています。

このため、病院（病床）はその機能を「高度急性期機能」※1、「急性期機能」※2、「回復期機能」※3及び「慢性期機能」※4に分け、医療の連携が求められています。利用者（患者）が退院される際は、必ずしもご自宅から入院された医療機関から退院するとは限りません。それぞれの医療機関に役割があることを理解し、連携を図りましょう。

- ※1： 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
- ※2： 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
- ※3： 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
- ※4： 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者 又は難病患者等を入院させる機能

【退院前カンファレンス】⁴⁾

入院中の利用者（患者）の病状や在宅療養上の問題等の情報共有と支援内容や方法の検討や確認を行います。

(参加者及び内容の例)

病院医師	主治医：入院中の病状経過及び継続の必要な医療について
病院看護師	入院中の看護の実際、指導内容及び継続の必要な看護ケア等
医療ソーシャルワーカー	心理的・社会的問題についての支援や退院後の療養の場の選択や調整に必要な支援等
薬剤師	使用薬剤、経管栄養剤等の管理について

在宅医師	在宅療養に向けた診療内容や診療方針及び緊急時の対応の確認等
訪問看護師	初回訪問日、看護内容の確認等
ケアマネジャー	利用するサービスの種類及び内容等
患者・家族	在宅療養への思い
その他	緊急時の対応の確認等

【サービス担当者会議】

「居宅サービス計画の策定に当たってケアマネジャーが開催する会議。要介護者・要支援者とその家族、主治医、ケアマネジャー、利用者のサービス提供に関連する指定居宅サービス事業所の担当者から構成される。ケアマネジャーによって課題分析された結果をもとに、要介護者と家族に提供されるサービス計画を協議し、本人の了承を経てサービス提供につなげる。また、認定期間中であってもサービス担当者が介護サービス計画の見直しが必要と考えた場合には、担当者会議が要請され適宜開かれる」5) ということです。

第 7 章

医療・介護の連携に係る主な法令等

【医療法】

第1条の2第2項 医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設(以下「医療提供施設」という。)、医療を受ける者の居宅等(居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。以下同じ。)において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。

第1条の4第4項 病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所を退院する患者が引き続き療養を必要とする場合には、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図り、当該患者が適切な環境の下で療養を継続することができるよう配慮しなければならない。

第6条の4第3項 病院又は診療所の管理者は、患者を退院させるときは、退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスに関する事項を記載した書面の作成、交付及び適切な説明が行われるよう努めなければならない。

第6条の4第5項 病院又は診療所の管理者は、第三項の書面の作成に当たっては、当該患者の退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図られるよう努めなければならない。

第13条 患者を入院させるための施設を有する診療所の管理者は、入院患者の病状が急変した場合においても適切な治療を提供することができるよう、当該診療所の医師が速やかに診療を行う体制を確保するよう努めるとともに、他の病院又は診療所との緊密な連携を確保しておかななければならない。

【指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準】

第1条第2項 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

第12条 指定居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。

第13条第13号 介護支援専門員は、前号に規定する実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行われなければならない。

第13条第17号 介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行うものとする。

第13条第18号 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。

第13条第19号 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあつては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

第9条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に当たっては、指定訪問看護を受ける者（以下「利用者」という。）の心身の状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

第10条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護を提供するに当たっては、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

2 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治の医師に対する情報の提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

第16条 指定訪問看護ステーションの管理者は、主治の医師の指示に基づき適切な指定訪問看護が行われるよう必要な管理をしなければならない。

2 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の開始に際し、主治の医師による指示を文書で受けなければならない。

3 指定訪問看護事業者は、利用者の病状及び心身の状態について、定期的に主治の医師に指定訪問看護の提供の継続の要否を相談しなければならない。

4 指定訪問看護事業者は、主治の医師に次条第一項に規定する訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、指定訪問看護の提供に当たって主治の医師との密接な連携を図らなければならない。

【医療ソーシャルワーカー業務指針】

厚生労働省保健局長通知 平成14年11月29日健康発第1129001号

業務範囲 医療ソーシャルワーカーは、病院等において管理者の監督の下に次のような業務を行う。

(1) 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助

入院、入院外を問わず、生活と傷病の状況から生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、患者やその家族からの相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。

- ① 高齢者等の在宅療養環境を整備するため、在宅ケア諸サービス、介護保険給付等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に患者の生活と傷病の状況に応じたサービス活用を援助すること。

(2) 退院援助

生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、退院・退所後の選択肢を説明し、相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。

- ① 地域における在宅ケア諸サービス等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に、退院・退所する患者の生活及び療養の場の確保について話し合いを行うとともに、傷病や障害の状況に応じたサービスの利用の方向性を検討し、これに基づいた援助を行うこと。
- ② 介護保険制度の利用が予想される場合、制度の説明を行い、その利用の支援を行うこと。また、この場合、介護支援専門員等と連携を図り、患者、家族の了解を得た上で入院中に訪問調査を依頼するなど、退院準備について関係者に相談・協議すること。
- ③ 退院・退所後においても引き続き必要な医療を受け、地域の中で生活をするができるよう、患者の多様なニーズを把握し、転院のための医療機関、退院・退所後の介護保険施設、社会福祉施設等利用可能な地域の社会資源の選定を援助すること。なお、その際には、患者の傷病・障害の状況に十分留意すること。
- ④ 転院、在宅医療等に伴う患者、家族の不安等の問題の解決を援助すること。
- ⑤ 住居の確保、傷病や障害に適した改修等住居問題の解決を援助すること。

(3) 地域活動

患者のニーズに合致したサービスが地域において提供されるよう、関係機関、関係職種等と連携し、地域の保健医療福祉システムづくりに次のような参画を行う。

- ① 地域ケア会議等を通じて保健医療の場から患者の在宅ケアを支援し、地域ケアシステムづくりへ参画するなど、地域におけるネットワークづくりに貢献すること。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」について
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html> (2015年1月6日アクセス)
- 2) 公益社団法人 日本医師会「かかりつけ医の在宅医療 超高齢社会 私たちのミッション」2013年
- 3) 厚生労働省 大臣官房統計情報部 医政局「死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル 平成26年度版」2014年
- 4) 国立長寿医療センター 「関連用語」
<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/zaitakusien/byoto/keyword.html> (2015年1月6日アクセス)
- 5) 独立行政法人福祉医療機構「WAM NET 用語集」
<http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/handbook/dictionary/> (2015年1月6日アクセス)

【参考文献】

- ・ 一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会
<http://www.rehabili.jp/visitor.html> (2015年1月19日)
- ・ 地域包括ケア病棟協会
<http://chiiki-hp.jp/gaiyou/> (2015年1月19日)
- ・ 厚生労働省「地域包括ケアシステム」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2015年1月19日)
- ・ 厚生労働省「病床機能報告」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html> (2015年1月19日)

名古屋市在宅医療・介護連携サマリー

【介護支援専門員 → 医療機関】

(1)入院先の医療機関等名称 様	当該利用者についての情報の提供及び取得は、下記同意者の同意の上行っています。	(2)発行日 (面談日)	平成	年	月	日
		(3)入院日 (退院日)	平成	年	月	日

(4)利用者氏名 (ふりがな)	(5)生年・性別等 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 (満 歳)	(6)生活保護 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(7)障害等認定 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 身障() <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 特定疾患()
(8)要介護度	認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日	(9)障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	(10)認知症高齢者日常生活自立度
(0)医療保険種類 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他()	(0)公費の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し()		
(12)同居家族 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 ()	(13)住居 <input type="checkbox"/> 戸建()階 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション()階 <input type="checkbox"/> 施設() (エレベータ: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し)		
(14)主介護者 続柄: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 電話: _____	就労状況: _____		健康状態: _____
(15)キーパーソン 続柄: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 電話: _____	(16)緊急連絡先: _____		

(17)かかりつけ情報等(医師・歯科医師・訪問看護ステーション・薬局等)

主病名	医療機関等名称	診療科名等	受診状況等	電話番号	特記事項(既往歴等)
1					
2					
3					

身体・生活機能等

(18)評価日 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時	
		<input type="checkbox"/> 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()	
(19)麻痺の状況 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢	(50)具体的内容	
(20)褥瘡の有無 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(部位: _____)	(21)皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り()		
(22)視力 <input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	目の前の物が見える 判断不能	(23)眼鏡 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
(24)聴力 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	大声なら何とか聞こえる 判断不能	(25)補聴器 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	
(26)意思の伝達 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	(27)失語症 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明		
(28)認知症症状 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他()		
(29)睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 睡眠障害()	(30)眠剤 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎晩		
(31)起居動作 <input type="checkbox"/> 起き上がれる <input type="checkbox"/> 立ち上がれる <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要	(32)移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子		
(34)食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	(35)水分トロミ <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		
(36)食動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(37)食事制限 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り		
(40)口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(39)義歯使用 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 義歯不要		
(42)排尿介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(45)トイレ使用 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		
(44)排便介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(46)オムツ使用 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		
(47)衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(48)服薬管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
(48)特別な医療 <input type="checkbox"/> 1.自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 2.透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 3.酸素療法(/min) <input type="checkbox"/> 4.吸引器 <input type="checkbox"/> 5.中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 6.輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 7.経管栄養(<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻: チューブサイズ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 8.留置カテーテル(サイズ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 8-1.間欠導尿 <input type="checkbox"/> 11.ドレーン(部位 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 9.人工呼吸器(<input type="checkbox"/> 陽圧式 <input type="checkbox"/> 陰圧式: 設定 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 10.気管カニューレ(サイズ <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 12.人工肛門 <input type="checkbox"/> 13.人工膀胱 <input type="checkbox"/> 14.その他(<input type="checkbox"/>)			
(51)介護上、特に注意すべき点等	(52)介護・看取りに関する本人・家族の意向等		

(53)本サマリーの記入者

所属	担当	住所
電話	FAX	Eメール
		(54)ケアプラン <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未

※ケアプランの第3表(週間サービス計画表)を添付してください。

名古屋市在宅医療・介護連携サマリー使用上の留意点

1 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の使用方法（入院時）

本サマリーは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、記入対象者である介護サービス利用者本人または家族の同意を得たうえで、利用者の身体機能等の情報について記入し、入院先の医療機関に送付するものです。

2 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の使用方法（退院・退所時）

本サマリーは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、利用者の退院・退所の際、入院先の医療機関または入所先の施設の職員と面談し提供された利用者情報を記入しておき、居宅サービス計画の作成等に活用するためのものです。

3 個人情報の取り扱いについて

本サマリーには、利用者等の身体機能等、数多くの個人情報が含まれておりますので、取り扱いには最大限の注意を払ってください。

本サマリ－の記入及び送付に当たっては、必ず利用者（患者）または家族の同意を得てください。また、情報の取得についても、必ず利用者（患者）または家族の同意を得てください。

特に、本サマリーをFAX等で医療機関に送付する際は、一旦、利用者及び主介護者等の氏名の欄を空欄にして医療機関に送付した後、医療機関に電話連絡し、医療機関のほうで氏名を記入してもらう等の配慮に努めることが望ましいでしょう。

また、本サマリーは、利用者（患者）及び家族等が見ることを前提に作成してください。そのため、記入する内容

4 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の記入頻度等について

利用者の入院時に迅速に対応できるという点から、概ね半年に一度、利用者の在宅安定時の状況を本サマリーに記入し、保管しておくことが望ましいでしょう。

また、月一回のモニタリングの際、本サマリーをモニタリングシートとして使用することもできます。

ただし、利用者の身体機能等に変化があった場合には、その都度、本サマリーに直近の情報を記入してください。

なお、認定調査結果や主治医意見書等を参考に本サマリーを記入する場合には、認定調査結果や主治医意見書等に記載されている利用者の身体機能等の情報と、直近の情報が異なる場合には、直近の情報を優先して記入してください。

5 家族等との連絡体制

利用者（患者）が入院した際、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員に対し、家族等から即時その旨の連絡がなされるよう連絡体制を整備しておくことが望ましいでしょう。

また、利用者（患者）及び家族等には、日頃から本サマリ－の趣旨を説明し、利用者（患者）が入院した際には医療機関に対し情報提供を行うことや医療機関等から情報収集を行うことについて同意を得ておくことが望ましいでしょう。

6 入院先の医療機関への送付について

利用者（患者）が入院した際、利用者（患者）が入院してから7日以内を目安に本サマリーを医療機関に持参または郵送、FAX等により送付してください。

また、サマリーを送付した際は、居宅介護支援経過に、入院日、送付日及び送付先の医療機関等名称を必ず記録してください。

（記入例）

「平成27年4月1日△△病院に入院。平成27年4月2日△△病院に名古屋市在宅医療・介護連携サマリーを送付し情報提供した」

なお、サマリーを送付する際の手段（郵送、FAX等）や、医療機関がサマリーを受領したか否かを確認する際の手段（電話、FAX等）については、あらかじめ医療機関へ確認しておくことが望ましいでしょう。

7 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の取り扱い留意事項

医療情報については、主治医の医療機関等に直接確認したり、診療情報提供書等で確認したりして内容の確認をすようにしてください。